

療 養 給 付 費 証 明 願

福祉医療費（療養費）の支給申請のため必要でありますので、次の事項について証明して下さるようお願いいたします。

被保険者証の記号・番号		記号		番号		
療 養 を 受 け た 者	住所				生 年 月 日	T・S・H・R 年 月 日
	氏名		性別	男・女		
診 療 区 分		令和 年 月 診療分(入院・入院外)(医科・歯科・調剤)				
医療機関の名称						
令和 年 月 日						
保険者殿		被保険者名				

証 明 書

療 養 を 受 け た 日 数		日
療 養 給 付 費 の 総 額		円
薬 剤 一 部 負 担 金 額		円
法定給付	療 養 の 給 付	円
	被保険者・家族高額療養費	円
任意給付	附 加 給 付 金 等	円

上記の通り給付したことを証明します。

令和 年 月 日

保険者

印

被保険者・被扶養者療養給付費証明委任状

受任者 男鹿市長 殿

私は上記の者を代理人と定め、私または私の被扶養者の療養に係る療養給付費証明に関する一切の権限を委任いたします。

令和 年 月 日

委任者（被保険者）

住所

氏名

印